

환자 이름: \_\_\_\_\_ 환자 ID 번호: \_\_\_\_\_  
생년월일: \_\_\_\_\_

**I. 해당되는 답변에 ○표를 하십시오(질문을 이해할 수 없으면 공란으로 남겨 두십시오):**

- 1. 예    아니오    전반적으로 건강이 좋은 편입니까?
- 2. 예    아니오    최근 1년 사이에 건강에 변화가 생긴 적이 있습니까?
- 3. 예    아니오    지난 3년 간 입원을 했거나 중병에 걸린 적이 있습니까?  
"예"인 경우, 그 이유는? \_\_\_\_\_
- 4. 예    아니오    현재 의사의 치료를 받고 있습니까? 그 이유는? \_\_\_\_\_  
마지막으로 건강 검사를 받은 날짜 \_\_\_\_\_    마지막으로 치과 검사를 받은 날짜 \_\_\_\_\_
- 5. 예    아니오    전에 받은 치과 치료에 문제가 있었습니까?
- 6. 예    아니오    현재 통증이 있습니까?

**II. 다음과 같은 증상을 경험한 적이 있습니까?**

- 7. 예    아니오    가슴 통증 (협심증)    18. 예    아니오    현기증
- 8. 예    아니오    발목의 부종    19. 예    아니오    이명, 귀가 울리는 현상
- 9. 예    아니오    호흡 곤란    20. 예    아니오    두통
- 10. 예    아니오    최근의 체중 감소, 발열, 야간 발한    21. 예    아니오    기절 발작
- 11. 예    아니오    지속적인 기침, 피가 섞인 기침    22. 예    아니오    시야가 흐림
- 12. 예    아니오    출혈 문제, 쉽게 멍이 듦    23. 예    아니오    간질 발작
- 13. 예    아니오    부비강염, 비염    24. 예    아니오    과도한 갈증
- 14. 예    아니오    삼키기가 어려움    25. 예    아니오    잦은 소변
- 15. 예    아니오    설사, 변비, 혈변    26. 예    아니오    입 마름
- 16. 예    아니오    잦은 구토 및 구역질    27. 예    아니오    황달
- 17. 예    아니오    소변 보기가 어려움/ 피 섞인 소변    28. 예    아니오    관절 통증, 경직

**III. 다음과 같은 질환이 있거나 과거에 있던 적이 있습니까?**

- 29. 예    아니오    심장병    40. 예    아니오    AIDS(후천성 면역 결핍 증후군)
- 30. 예    아니오    심장 마비, 심장 결손증    41. 예    아니오    종양, 암
- 31. 예    아니오    심장 판막증    42. 예    아니오    관절염, 류마티스성 관절염
- 32. 예    아니오    류마티스 열    43. 예    아니오    눈 질환
- 33. 예    아니오    뇌졸중, 동맥 경화증    44. 예    아니오    피부 질환
- 34. 예    아니오    고혈압    45. 예    아니오    빈혈
- 35. 예    아니오    천식, 폐결핵, 폐기종, 다른 폐 질환    46. 예    아니오    성병(매독 또는 임질)
- 36. 예    아니오    간염, 기타 간 질환    47. 예    아니오    음부 포진
- 37. 예    아니오    위장 장애, 위궤양    48. 예    아니오    신장 및 방광 질환
- 38. 예    아니오    알레르기: 약물, 음식, 투약, 라텍스    49. 예    아니오    갑상선, 부신 질환
- 39. 예    아니오    당뇨병, 심장 장애, 종양의 가족 병력    50. 예    아니오    당뇨병

**IV. 다음과 같은 치료(기구 포함)를 받고 있거나 받은 적이 있습니까?**

- 51. 예    아니오    정신과 치료    56. 예    아니오    입원
- 52. 예    아니오    방사선 치료    57. 예    아니오    수혈
- 53. 예    아니오    화학 요법    58. 예    아니오    수술
- 54. 예    아니오    인공 판막    59. 예    아니오    심장 박동 조절기
- 55. 예    아니오    인공 관절    60. 예    아니오    콘택트 렌즈

**V. 다음과 같은 것들을 복용 또는 섭취하고 있습니까?**

- 61. 예    아니오    기분 전환용 약물    63. 예    아니오    모든 종류의 담배
- 62. 예    아니오    약물, 비처방약(아스피린 포함), 자연 치료제    64. 예    아니오    술

이름을 적으십시오: \_\_\_\_\_

**VI. 여성에게만 해당:**

- 65. 예    아니오    임신했거나 모유를 먹이고 있거나, 또는 앞으로 임신하거나 모유를 먹일 가능성이 있습니까?    66. 예    아니오    피임약을 복용 중입니까?

**VII. 모든 환자:**

- 67. 예    아니오    이 양식에 기재하지 않은 다른 질환 또는 의료적인 문제가 있거나 과거에 있었던 적이 있습니까?  
만약 있으면 다음에 설명하십시오: \_\_\_\_\_

본인은 본인이 아는 한 모든 질문에 완전하고 정확하게 답변했습니다. 본인은 본인의 건강 및/또는 약 복용에 변동 사항이 발생하면 이를 본인의 치과의사에게 통지할 것입니다.

환자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**병력 재확인:**

- 1. 환자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_
- 2. 환자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_
- 3. 환자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_